FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° 79

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 décembre 1908, à 1 heure

DE LA

PERINEORRHAPHIE SECONDAIRE

PAR

Mlle MOURZAEFF

Président :	M. P. BAR	*Professeur*
Juges. . .	MM. RAYMOND	*Professeurs*
	POZZI	
	CLAUDE	*Agrégé*

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, rue Casimir-Delavigne, 8

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT-BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER. HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. X. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZAR.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANE.
BEZANÇON Fernand	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL Pierre.	LENORMANT.	PROUST.
BROCA André.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET André.	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBÉ Marcel.	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : X.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

À LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine
Accoucheur des hôpitaux

INTRODUCTION

La fréquence des déchirures du périnée au cours de l'accouchement est un accident dont la banalité même rend l'étude des plus importantes : accident fréquent devant lequel tout praticien, si averti, si expérimenté qu'il soit, peut se trouver : car la déchirure peut survenir dans l'accouchement le mieux dirigé. Accident grave dans ses conséquences immédiates (hémorragie, infection), mais grave surtout au point de vue des complications éloignées, tardives, qu'il suscite. Une large déchirure engage l'avenir de tout l'appareil génital. Non réparée ou mal réparée, elle prépare pour la femme — et quelquefois à bref délai — un état permanent d'infirmité.

La perrineorrhaphie est donc une opération de pratique courante que tout médecin peut être appelé à exécuter et doit savoir exécuter. Aussi a-t-elle suscité un nombre déjà considérable de travaux.

Ces travaux, nous ne les reproduirons pas ici. Ils portent en général sur deux points principaux :

Quand faut-il intervenir ?

Comment faut-il intervenir ?

On considère généralement la perineorrhaphie comme une véritable opération d'urgence. Et elle est cela, en effet, dans bien des cas, mais pas toujours. Pour des raisons qui seront examinées, on peut être appelé à intervenir à une époque plus ou moins éloignée de la délivrance. Ce que nous voudrions étudier au cours de ce travail, c'est la perineorrha-

phie dite secondaire. Et nous l'étudierons au triple point de vue de ses indications, du manuel opératoire, et de ses résultats.

Nous ferons précéder cette étude d'un bref résumé historique qui lui servira d'introduction.

Ayant achevé ce travail inaugural qui marque pour chacun de nous la fin des études officielles, et, les portes de la Faculté franchies sans retour, nous conduit au seuil de la pratique journalière, il nous sera permis d'adresser à nos Maîtres l'expression très vive de notre reconnaissance et de nos regrets.

Monsieur le professeur agrégé Brindeau, qui nous a donné ce sujet de thèse, et aidé de ses conseils avec une clarté et une précision qui nous ont été d'un puissant secours, voudra bien agréer nos meilleurs remrciements. C'est à lui également que nous sommes redevables de quatre observations inédites que nous publions dans le présent travail.

Nous le prions de croire à toute notre gratitude pour l'inlassable bienveillance dont il a fait preuve à notre égard.

Il est de notre devoir de remercier ici messieurs

LE PROFESSEUR RAYMOND
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine

LE PROFESSEUR LANDOUZY
Doyen de la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

LE PROFESSEUR KIRMISSON
Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

LE DOCTEUR BARTH
Médecin des hôpitaux

dont l'enseignement quotidien au lit des malades, si fécond

en choses utiles, si attrayant et si pratique, nous a captivé pendant nos années de stages dans les hôpitaux de Paris. Que tous ces Maîtres reçoivent de nous un dernier hommage et l'assurance de notre souvenir.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« La premier mention de la perineorrhaphie se trouve dans un recueil obscur dont on ne connaît ni l'origine, ni l'époque, ni même l'auteur, mais qui cependant est antérieur à Ambroise Paré, nous voulons parler de Trotula. »

Mais on peut dire que c'est Guillemeau, disciple d'Ambroise Paré, qui le premier, et sur les conseils de son maître, pratiqua d'une façon rationnelle la perineorrhaphie.

Il la pratiqua sur une femme accouchée depuis six semaines : après avivement des tissus au bistouri, il fit une suture entortillée, appliqua sur la plaie un de ces baumes cicatrisants à formule complexe que chérissaient les médecins d'autrefois — et la malade guérit fort bien.

Guillemeau a consigné tous ces détails dans son traité de la grosesse des femmes. Et pourtant, après

lui, on n'entend plus parler de la perineorrhaphie.

Il faut arriver au dix-huitième siècle pour voir la perineorrhaphie remise en honneur.

C'est de la Motte qui, le 21 juin 1702, la pratiqua sur une femme accouchée depuis quatre jours : il s'agissait d'une rupture complète.

Moriceau. Smellie. Sancerotte tentent l'opération avec plus ou moins de succès.

En 1805, Dupuytren exécute une perineorrhaphie suivie d'un résultat parfait.

Le premier travail important qui ait paru sur la question est celui de Roux qui, en 1834, lut à l'Académie des Sciences un substantiel mémoire où il exposait la nécessité de l'opération, et décrivait un nouveau procédé.

En 1845, Jobert de Lamballe décrivait un procédé de réparation du périnée par l'autoplastie (à l'aide d'un lambeau pris sur la fesse gauche).

En 1854, Bourdereau, résumant les opinions diverses qui régnaient alors, écrivait : « Lorsque la déchirure est complète, quelques auteurs conseillent d'attendre la guérison spontanée. Roux, Dieffenbach, et avec eux un grand nombre des chirurgiens recommandables, nient la possibilité de cette guérison, du moins dans l'immense majorité des cas. Je ne crois pas avec Dieffenbach qu'il faille toujours réunir par la suture, mais je suis bien moins encore de l'avis de ceux qui prétendent guérir sans elle. »

Sur le moment à choisir pour l'intervention, on n'est pas d'accord.

Avec beaucoup d'autres, Roux, Velpeau, Vidal, Wurtzer, Patrequin, sont d'avis que vaut mieux attendre que la femme soit relevée de couches.

« Mieux vaut, dit Roux, temporiser et remettre les tentatives de guérison à l'époque où la santé de la femme est rétablie, où les bords de la solution de continuité se sont revêtus d'une cicatrice, où toutes les parties circonvoisines sont rentrées dans leur état normal. »

Et voici sur quoi se basent les chirurgiens qui repoussent l'intervention immédiate : Les parties irrégulièrement déchirées et mal irriguées peuvent se sphacéler ou donner lieu à des inflammations ou à des accidents septiques. De plus, l'écoulement des lochies qui s'infiltrent par la plaie nuit à la bonne coaptation. Enfin, la femme est après l'accouchement dans un état de grande faiblesse, et l'état puerpéral est une mauvaise condition de réparation pour les tissus.

Dieffenbach, Lengenbeck, Jungmann, Verhœghe, Danyau pensent qu'il faut tenter la réunion immédiatement ou à une date très rapprochée de l'accouchement. Et Dieffenbach s'appuie précisément sur les mêmes raisons que Roux pour en tirer des conclusions diamétralement opposées aux siennes.

« Si l'on diffère l'opération, dit Dieffenbach, la plaie sans cesse en contact avec les lochies ou les matières fécales s'enflamme vivement et est souvent menacée

de gangrène. Tout au moins une abondante suppuration est-elle à craindre. La réunion d'une rupture du périnée doit se faire dans les vingt-quatre heures. »

Enfin, il y a, comme toujours en pareil cas, une opinion intermédiaire. Nelaton dit qu'il est bien d'attendre six ou sept jours, après lesquels la plaie se trouve recouverte de bourgeons charnus, pour appliquer les sutures. De cette façon, on n'est pas obligé de faire d'avivement, ni même d'incisions latérales, car les parties sont encore assez relâchées pour permettre le rapprochement des lèvres de la plaie sans qu'elles supportent trop de tiraillement.

Nelaton fit ainsi deux sutures périnéales : l'une le quatrième, l'autre le septième jour. Toutes deux avec un plein succès.

Bourdereau conseillait aussi d'attendre quelques jours, *mais d'intervenir avant la cicatrisation complète des deux lèvres.*

La périnéorrhaphie immédiate était en 1885 très en faveur à l'étranger.

Elle était préconisée par Simon (d'Heidelberg), Freund, Behin (de Stuttgart), Brose (de Berlin), Simpson (d'Edimbourg), G. Thomas, Thurnet et Skene (de New-York).

En France, au contraire, elle comptait très peu de partisans. Charpentier, Depaul la combattaient. Dôleris, par contre, en était un chaud partisan.

Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour intervenir aussitôt après la déchirure.

Mais si, pour une raison quelconque, l'intervention n'a pu avoir lieu (la femme ayant accouché seule, ou le médecin, pris à l'improviste, n'ayant pas les instruments nécessaires), — ou bien, si la suture n'a pas amené de réunion (ce qui arrive dans certains cas, nous le verrons), — que faut-il faire ?

Ici commencent les divergences.

Les uns, et ce sont surtout les chirurgiens, laissent momentanément la réparation s'effectuer toute seule, remettant à plus tard la réfection complète du périnée, c'est-à-dire après plusieurs mois, quand la femme, tout à fait remise, aura repris la vie ordinaire. Il s'agit ici, par conséquent, d'une perineorrhaphie tardive.

Les autres, et ce sont surtout les accoucheurs, interviennent dans les jours qui suivent, pendant les suites des couches. C'est ce qu'on appelle la perrineorrhaphie secondaire.

C'est cette dernière méthode que nous préconisons Nous allons examiner sa valeur et exposer ses avantages.

CHAPITRE II

INDICATION DE LA PERINEORRHAPHIE SECONDAIRE

La réunion par première intention dans la plaie périnéale comme dans toute autre plaie traumatique est évidemment l'idéal que tout chirurgien doit s'efforcer d'atteindre. Elle est d'ailleurs la règle depuis la période antiseptique. Une brèche immédiatement réparée avec l'aiguille se cicatrise avec rapidité et solidité.

La restauration de certains périnées très délabrés s'effectue avec une aisance remarquable quand les suites de couches sont normales.

De là cette règle, formulée par les meilleurs maîtres et observée de tous aujourd'hui : tout périnée déchiré, quelle que soit l'importance de la déchirure, doit être suturé séance tenante.

Tillaux nous dit, dans son *Traité d'Anatomie topographique* : « Lorsque le périnée vient d'être déchiré,

il faut le restaurer au plus tôt, dès que l'accouchement est terminé. »

E. M. le professeur Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, dit : « La réunion immédiate doit être pratiquée. Elle dispense d'une opération ultérieure plus complexe et ferme l'entrée aux inoculations. »

Emmet, Hegar et Kaltenbach sont du même avis.

D'ailleurs les raisons sont nombreuses qui militent en faveur de la perineorrhaphie immédiate. On opère en pleins tissus vivants, riches en vaisseaux veineux et en vaisseaux lymphatiques. Les lambeaux, très souples, ne sont pas encore rétractés. Et ce dernier point est d'une extrême importance, si l'on songe à la structure anatomique du plancher périnéal, dont les divers muscles sectionnés se rétractent considérablement et se laissent envahir peu à peu par du tissu cicatriciel, non élastique.

« Il n'est pas douteux, dit Doleris, que, venant d'être rompu, le sphincter n'a pas eu le temps de se rétracter beaucoup. Ses extrémités sont aisées à rapprocher. Elles sont aptes à subir une coaptation parfaite et, j'ajoute, une cicatrisation rapide. Le muscle est intact ; ce n'est plus, comme dans l'opération tardive, un croissant à grande ouverture que vous transformez en anneau. C'est un croissant encore, divisé, il est vrai, mais facile à suturer et à réunir, car les extrémités se touchent presque. »

Enfin la plaie réparée, c'est une porte d'entrée fer-

mée à l'infection. Infection d'autant plus à craindre ici que le contact des matières fécales est à peu près impossible à éviter.

Donc on opère de suite. Et un praticien, même pris à l'improviste, trouvera toujours les instruments nécessaires :

« A moins de larges plaies intéressant profondément le corps périnéal, on peut, avec une simple aiguille de couturière et du fil de lin, recoudre les déchirures superficielles. Dans l'un et l'autre cas, on doit se rendre le plus tôt possible auprès de la parturiente, et, après avoir nettoyé soigneusement le vagin et la plaie, recoudre les différents plans d'une façon classique.

« Si la déchirure n'intéresse que la peau, les serre-pinces de Budin ou de Boissard, les agrafes de Michel seront suffisants — et moins douloureux.

« En effet, un des ennuis de la perineorrhaphie faite un peu tardivement, c'est qu'elle est beaucoup plus douloureuse ; aussi, dans les cas des larges déchirures, on sera obligé d'anesthésier la femme. » (Brindeau.)

Les résultats, nous l'avons dit, seront la plupart du temps excellents, la réunion par première intention s'obtiendra sans difficulté.

Pas toujours cependant.

En effet, on s'aperçoit quelquefois, au moment d'enlever les fils, que la suture n'a pas tenu.

A quelle cause doit-on attribuer cet échec ?

La plaie est parfois tellement irrégulière et déchiquetée, qu'elle se prête mal à une coaptation parfaite. Les lambeaux peuvent être le siège d'une infiltration sanguine, de thrombus. Ils peuvent être dilacérés et flottants. Dans ces cas-là, la réunion parfaite immédiate est parfois difficile, et lorsqu'on la tente, elle peut être insuffisante. Ceci est évidemment une cause d'échec.

Certains périnées ne reprennent pas parce que les tissus maternels sont de mauvaise qualité. On a affaire à des albuminuriques ou des cardiaques ayant un œdème vulvaire très marqué. Ou bien il s'agit d'une femme ayant une vaginite blennorrhagique ou des végétations. Les végétations prennent parfois pendant la grossesse un développement extraordinaire. Tissus fragiles et dont la réunion sera difficile

Il en de même de certaines primipares, primipares âgées surtout, à périnée dur et inextensible, chez lesquelles la période d'expulsion a été très longue. Il semble que la compression des parties molles ait entraîné à sa suite, comme a dit M. Brindeau, « des troubles trophiques susceptibles d'empêcher la réunion de la plaie ».

Mais ces faits sont rares en somme.

« La cause principale de la désunion, dit M. Brindeau, c'est *l'infection*.

« Une opération faite avec une aseptie insuffisante, l'application d'un pansement malpropre ou encore une infection extérieure survenue au cours de l'accouche-

ment — infection préopératoire par conséquent — et qui va se manifester les jours suivants par les signes ordinaires d'une infection puerpérale plus ou moins graves, voilà ce qu'on trouve, comme cause de non réunion périnéale.

« Il est très rare, dit M. Brindeau, de voir la périnéorraphie réussir quand la femme a de la fièvre pendant les suites de couches. C'est même un signe d'une assez grande valeur dans le diagnostic de l'infection puerpérale ; si une accouchée a de la fièvre pendant le puerpérium et que la suture périnéale ait tenu, il est probable que l'élévation de température n'a pas une cause génitale. On voit donc que les précautions antiseptiques sont indispensables pour obtenir une bonne réunion et ces soins sont aussi importants pendant les suites de couches que pendant l'accouchement. »

« Donc toute malade qui a subi la pernéorraphie demande une surveillance attentive.

« La température sera prise avec beaucoup de soins le matin et le soir. Les lochies seront examinées : leur aspect, leur couleur, leur odeur pourront déjà faire prévoir une infection du début.

« La plaie elle-même doit être nette, les fils ne coupant pas les tissus enserrés.

« L'aspect de la plaie infectée est caractéristique : les bords sont rouges, œdématiés ; en écartant les grandes lèvres on aperçoit une fausse membrane grisâtre au niveau des déchirures de la fourchette. C'est la diphtérie vulvo-vaginale des Allemands.

« Les enduits grisâtres n'ont d'ailleurs, on le sait aujourd'hui, rien de commun avec la diphtérie : il s'agit généralement d'une simple localisation vulvaire de la streptococcie utérine.

« Quelquefois la plaie suppure, le pus s'échappant des trous formés par les fils, qui ont sectionné les tissus.

« Enfin, si la déchirure intéresse la muqueuse rectale, on peut constater l'issue des gaz et des matières fécales par le vagin.

« La première chose à faire, dans ce cas, où l'infection est bien constatée et où la suture n'a pas pris, c'est d'enlever immédiatement les fils. On évite ainsi la rétention du pus, et cette simple manœuvre suffit à faire tomber la température s'il n'y a pas d'infection utérine.

« Examinons alors la plaie en écartant largement les grandes lèvres : grisâtre, de mauvaise nature, recouverte de caillots et de produits membraniformes. cette plaie, nous l'avons dit, est la plupart du temps infectée par le streptocoque qui a atteint l'utérus. On infectée par la streptocoque qui a atteint l'utérus. On soignera donc à la fois l'utérus et la plaie vulvo-vaginale, à moins qu'un examen complet ne démontre que l'utérus est sain.

Voici ce que dit à ce sujet M. Brindeau :

« La plaie périnéale sera désinfectée soigneusement et pansée journellement, au besoin en s'aidant d'une valve. On commencera par la déterger en frottant légè-

rement avec un tampon monté sur une pince, puis on la cautérisera avec de la teinture d'iode ou de l'H^2 O^2. La plaie étant ainsi traitée, on pansera à plat en introduisant entre les lèvres de la plaie une mèche de gaze iodoformée. Au bout d'un certain temps (dix-huit à quinze jours) la plaie se déterge et se couvre de bourgeons charnus de belles apparences.

La température est tombée, la plaie est en bonne voie de cicatrisation spontanée : « C'est alors qu'on devra opter pour l'une de deux méthodes : les uns préfèrent attendre la cicatrisation complète de la plaie et quand la cicatrisation est solide, ce qui demande cinq à six mois, faire une perineorraphie classique après avivement ; les autres aiment mieux suturer pendant les suites de couches en faisant ce qu'on appelle la périneorraphie secondaire.

Les avis, en effet, sont partagés.

Tillaux, Pozzi sont partisans de la perineorrhaphie tardive.

Hegar et Kaltenbach ne veulent pas intervenir pendant la période puerpérale.

Hepner a tenté la chose avec des résultats déplorables.

Sont aussi pour l'attente : Trélat, Pajot, Tarnier et Guéniot.

Doleris, Tellier, de Lyon, sont pour l'opération secondaire.

Kolmogoroff arrive aux conclusions suivantes :

« 1° Il n'y a pas lieu d'attendre la période post-puerpérale pour pratiquer la périneorrhaphie si la suture n'a pas été faite les premières heures après l'accouchement.

« 2° Si les points de suture du périnée ont été enlevés sans que la réunion de la plaie se fut encore faite, il faut pratiquer une nouvelle perineorrhaphie sans attendre la cicatrisation.

« 3° L'ablation des granulations par curettage, l'application des points de suture et même le rétablissement du périnée, rupture pendant l'accouchement antérieur, ne présentent pas de danger pour la malade, si l'intervention a été pratiquée au cours de la période indiquée.

« 4° On obtient d'excellents résultats avec la perineorrhaphie secondaire entre le dixième et le vingtième jour après l'accouchement.

D'autre part, voici ce que nous dit :

« Si on est appelé dans les premiers jours après les couches, il est à conseiller de ne pas opérer de trop bonne heure : pendant la période puerpérale, les tissus sont très mous, très peu résistants, et se laissent très facilement couper par les fils ; en outre, le danger d'infection est alors à son maximum.

« D'autre part, il est établi que les opérations plastiques du périnée guérissent d'autant mieux et d'autant plus vite que les tissus avivés sont plus vasculaires ; on fera donc bien d'attendre la fin de la période

puerpérale (cinq à six semaines) avant d'intervenir. »

Les raisons d'intervenir le plus tôt possible sont nombreuses :

« Les tissus, dans les jours qui suivent l'accouchement, sont souples, malléables, non envahis encore par le tissu fibreux. Ils sont vivaces à la circulation qui s'y fait très activement. Les œdèmes et les infiltrations de la vulve sont disparus. L'utérus est en pleine régression.

« Enfin la femme est remise des fatigues de l'accouchement ; elle n'est plus dans cet état de dépression, de moindre résistance où elle se trouvait après les douleurs et les traumatismes de la période d'expulsion. Elle est donc dans un état beaucoup plus favorable pour supporter l'opération, dont nous allons maintenant décrire la technique.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA PERINEORRHAPHIE SECONDAIRE

Nous croyons devoir faire précéder l'exposé de la technique opératoire d'une rapide étude anatomique de la région périnéale.

L'élément anatomique intéressant de la région est le muscle releveur de l'anus.

L'anatomie du muscle releveur de l'anus a été diversement comprise par les auteurs classiques et les anatomistes actuels.

Autrefois, avec Vésale, Meule, Cruveillier, Sappey, on ne décrivait à ce muscle qu'un seul plan de fibres musculaires.

Roux (de Berne) affirma le premier la division du releveur en deux couches essentiellement différentes dans leur direction et leurs insertions. Rudinger, Gegenbaür, Schwalbe et Drappier confirmèrent cette

opinion par des recherches tant embryologiques que anatomiques, et à l'heure actuelle il convient de décrire au releveur deux portions : l'une externe encore appelée superficielle, l'autre interne profonde ou élévatrice. La première constitue la majeure partie de ce que les auteurs ont appelé le diaphragme pelvien, la seconde est une bande étroite à direction antéro-postérieure qui va du pubis à l'anus en contournant l'urèthre et le vagin.

A. La première portion dite superficielle naît de la paroi pelvienne par trois points d'insertion principaux et juxtaposés.

En avant, elle s'attache à la face postérieure du pubis par des fibres mi-charnus, mi aponévrotiques implantées suivant une ligne courbe à convexité supérieure, laquelle s'étend du voisinage de la symphyse en avant à l'arcade aponévrotique qui limite le canal obturateur en arrière.

A ce premier mode d'origine fait suite aussitôt un second mode aponévrotique, de beaucoup le plus considérable. En effet, les fibres de la portion superficielle du releveur s'implantent dès lors non plus sur l'os, mais sur l'aponévrose du muscle obturateur, suivant une ligne très allongée concave en haut et qui rejoint l'extrémité postérieure de l'arcade obturatrice à l'épine sciatique. Au niveau de cette seconde ligne d'insertion, l'aponévrose s'épaissit, constituant « l'arcus tendineus musculi levatoris ani », qu'il ne faut pas confondre avec la petite arcade limitant le canal obtu-

rateur situé immédiatement au-dessus et surtout avec l'arcade plus importante appelée par les auteurs allemands « arcus tendineus fascial pelvis », et qui est placée au-dessous.

La partie superficielle du releveur naît enfin en arrière par quelques rares faisceaux charnus sur la face interne de l'épine sciatique sur une longueur d'un demi-centimètre environ. Quelques fibres même viennent de la face antérieure du petit ligament sacro-sciatique et de la surface quadrilatère de l'ilion, d'après Drappier.

Parties de ces trois points dont deux sont fixes, l'antérieur, le postérieur et le troisième mobile, les fibres se dirigent en bas et en arrière en se rapprochant, dit Drappier, davantage de la direction sagittale que de la transversale, ce qui explique anatomiquement cette fonction de contention du vagin et du rectum, dévolue à cette portion du releveur.

Finalement, les faisceaux musculaires passent à angle droit sur les côtés de l'urèthre, du vagin, du rectum, sans se confondre avec le sphincter de ce dernier organe. Arrivés derrière le rectum, ils se croisent d'un côté à l'autre, et constituent à ce niveau le raphé ano-coccigien décrit par Kholransch. Il y a en ce point confusion entre les fibres du sphincter externe de l'anus et celles du releveur. Mais quelques fibres de ce dernier muscle vont s'implanter sur les bords latéraux du cocyx. Sœmmering en faisait un muscle « curvator cocygi ».

B. La portion profonde, interne du releveur, élévatrice par sa fonction, présente, avons-nous dit, une direction nettement antéro-postérieure.

Elle constitue un double ruban attaché en avant au pubis, immédiatement en dedans et au-dessus de la portion superficielle du releveur ; de plus, à la face externe du ligament pubo-vésical externe, enfin par rares fibres à l'aponévrose du diaphragme rectal.

Partis de ces insertions antérieures, les faisceaux musculaires passent sur les côtés du vagin sans y adhérer, contrairement à l'opinion de Cruveilher, de Sappey, et se terminent en arrière de cet organe, se confondant en partie avec le centre tendineux périnéal. Mais la plupart des faisceaux s'appliquent à la face antérieure du rectum, descendant vers l'anus, et se fixent aux parois antéro-latérales de l'organe d'une façon complexe bien mise en évidence de nos jours.

Treitz avait déjà admis qu'un certain nombre des fibres musculaires longitudinales du rectum se perdaient dans le releveur. Roux, par des examens microscopiques, établit plus tard que les fibres longitudinales du rectum divergaient en pinceau dans la région du sphincter et se terminaient les uns dans la région occupée par les muscles releveurs et sphincter externe de l'anus, les autres au delà dans la peau. Mais c'est Laimer qui mit en évidence d'une façon plus nette les rapports des fibres du releveur et des fibres longitudinales du rectum. On peut admettre avec ce dernier auteur qu'après avoir passé entre les deux sphincters de l'anus, les fibres longitudinales se terminent

de trois façons : les uns descendent dans la peau de l'anus vers les couches profondes du derme ; d'autres passent à travers le sphincter interne et forment dans la sous-muqueuse une véritable *muscularis mucosae*.

D'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, se recourbent en dehors et se terminent soit sur des lames tendineuses, soit encore sur des arcs tendineux à concavité tournée vers le rectum, lesquels reçoivent sur leur autre face les fibres de la courbe profonde du releveur.

Nous avons insisté sur la constitution anatomique du releveur de l'anus à cause de sa grande importance dans la réfection du périnée, mais, pour aborder cette région, il faut se souvenir des notions anatomiques acquises récemment à la suite des travaux de MM. Quénu et Hartmann, Rieffel, Duval et Proust, sur les rapports du rectum et de la paroi postérieure du vagin que ces auteurs ont décrit de cette façon : « L'adossement du rectum et du vagin doit être envisagé en trois points différents :

« 1° En bas, c'est l'union ano-vulvaire et le carrefour musculaire superficiel ; là, l'anus est loin de la vulve normale, séparé par toute l'épaisseur du corps périnéal.

« 2° Plus haut, le rectum se rapproche sensiblement du vagin à la hauteur du plancher uro-génital ; le raphé pré-rectal très serré à ce niveau prend une disposition sur laquelle M. Hartmann a insisté et que l'un de nous a appelé la bandelette recto-vaginale. Cette formation, nettement différenciée, détermine par sa

traction le coude rectal. La rétropulsion de l'intestin n'est possible qu'après sa section : c'est la clef de l'espace décolable. En avant, elle se continue avec diaphragme uro-génital en formant deux arcades qui engainent les releveurs de l'anus.

« 3° Plus haut encore, le vagin et le rectum ne sont séparés que par le fascia recto-vaginal (Rieffel) ; c'est le reste oblitéré du cul-de-sac de Douglas embryonnaire dont la coalescence est venue former une aponévrose par un processus analogue à celui décrit chez l'homme par Cunéo et Veau. C'est *l'espace intervagino-rectal de Quénu et Hartmann.* »

De tout ceci se dégage cette notion capitale en l'espèce que le muscle releveur de l'anus est le grand soutien du diaphragme pelvien, du périnée profond et des organes creux qui traversent cette région.

Au début de la période d'expulsion, le premier obstacle que rencontre le fœtus, poussé par l'utérus, c'est le releveur coccy-périnéal de Farabeuf, c'est-à-dire le plancher formé par le releveur et l'ischio-coccygien réunis qui s'oppose à l'ouverture de l'orifice vulvaire et à l'ampliation du périnée.

L'action des forces expulsives s'exerce d'abord sur le segment postérieur, puis sur le segment moyen du releveur coccy-périnéal qui cède peu à peu

Mais c'est la partie antérieure du releveur coccy-périnéal qui subit le maximum d'efforts. La fente limitée par les releveurs doit passer de 8 centimètres à 11 centimètres de longueur et en largeur de 4 à 9 centimètres. Cette boutonnière, vrai détroit inférieur du

petit bassin, bord supérieur de cet infundibulum périneo-vulvaire que Pinard nomme à juste titre le bassin mou, se distend peu à peu sous l'influence des mouvements de va-et-vient de la tête fœtale qui hésite entre les forces expultrices venues d'en bas, du périnée et surtout du releveur. Lorsque l'ampliation du périnée se fait régulièrement par une tête fœtale bien placée, les tissus ne subissent aucune atteinte ; mais dans bien des cas, par la faute du fœtus ou par suite d'une conformation vicieuse du canal pernéo-vulvaire maternel, les plans musculaires et aponévrotiques sont déchirés. Les releveurs fortement écartés perdent leur point d'appui sur le noyau central du périnée. C'est à cette déchirure plus ou moins étendue en profondeur qu'il faudra porter remède, et la connaissance de l'importance des releveurs est capitale pour tenter une réfection suffisante de ce diaphragme coccy-périnéal dont ils sont l'élément essentiel.

Voici comment **Hegar et Kaltenbach** décrivent les déchirures périnéales :

« Les déchirures du périnée commencent presque toujours à la fourchette et de là s'enfoncent directement, plus rarement obliquement, dans la cloison recto-vaginale. Nous nous contenterons de distinguer les déchirures incomplètes et les déchirures complètes.

« Dans les premières seules, le périnée proprement dit est atteint, le sphincter de l'anus et la paroi du rectum ne sont pas atteint, la rupture porte donc sur la peau, le tissu sous-cutané, le fascia superficialis, le muscle constricteur du vagin, les muscles transver-

sales, la vulve paraît très allongée en arrière et béante, la rétraction cicatricielle attire en arrière les lèvres de la vulve et en bas la muqueuse du vagin, et la surface déchirée, qui, primitivement, était triangulaire, n'est plus constituée que par une surface cicatricielle, irrégulière, qui se distingue des parties voisines par sa pauvreté en vaisseaux et par sa surface unie et d'aspect tendineux.

« Dans la déchirure complète du périnée, non seulement le sphincter de l'anus est atteint, mais la paroi rectale est déchirée sur une étendue variable. La disposition anatomique de la lésion est presque toujours typique : la paroi recto-vaginale se termine au-dessus de la solution de continuité par un rebord arrondi en haut qui peut être tranchant et avoir une forme originale lorsque la déchirure est profonde.

« Il n'est pas rare de voir la solution de continuité asymétrique, c'est là une disposition qu'il faut attribuer à ce que la perte de tissus s'est faite irrégulièrement ou bien à ce que la rétraction cicatricielle s'est accentuée d'un côté. »

LA TECHNIQUE OPERATOIRE

Les soins préliminaires ayant été effectués, et la plaie traitée comme nous l'avons vu au chapitre précédent, comment va-t-on opérer ?

Insistons d'abord, avec M. Brindeau, sur ce fait que, s'il s'agit d'une plaie infectée, on ne devra pas opérer avant qu'elle soit recouverte de bourgeons charnus sur toute sa surface. Tant qu'elle contient des fausses membranes, il ne faut pas opérer.

La malade est préparée comme pour une périnéorrhaphie classique. La vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés, savonnés jusque dans leurs moindres replis et largement irrigués d'eau bouillie. On évitera l'alcool sur la vulve qui produirait, au réveil de la malade, une sensation de cuisson extrêmement pénible.

Ceci fait, et la malade anesthésiée, placée dans la position gynécologique, on procédera à l'opération.

Elle comprend deux temps :

Premier temps. — C'est le curettage des surfaces de la plaie. Avec une curette tranchante on raclera soigneusement tous les bourgeons charnus, de façon à égaliser les surfaces. On obtiendra ainsi une plaie bien nette, bien vive,

Les bords de la plaie qui commencent à s'épidermiser seront avivés aux ciseaux si la pointe du V vaginal s'insinue trop loin entre les deux lèvres de la plaie, on décollera cette pointe de la muqueuse sur une longueur de 2 à 3 centimètres. On obtient ainsi un large avivement très suffisant pour donner naissance à une cicatrice solide.

Deuxième temps. — Rapprochement et suture des lambeaux. On passe les fils en se servant d'une aiguille d'Emmet pour les fils profonds et d'une aiguille ordinaire pour les points superficiels.

On panse la malade absolument comme s'il s'agissait d'une périneorrhaphie classique.

Si la muqueuse rectale a été intéressée dans la déchirure, il faudra suturer le rectum à part avec du catgut.

« Ce procédé, dit M. Brindeau, donne d'excellents résultats. J'ai eu l'occasion de l'employer vingt-et-une fois, l'opération ayant été faite soit par moi, soit par mon interne. Ces vingt-et-un cas peuvent se classer de la façon suivante : dix-huit fois il y avait des déchirures incomplètes et trois fois des déchirures complètes intéressant le rectum. Sur dix-huit cas, je n'ai eu à noter qu'un insuccès. Dans les trois cas de déchirures complètes, au contraire, une seule fois il y a eu la réunion.

« Ces résultats sont donc excellents, au moins pour les déchirures n'intéressant pas le rectum, et je crois qu'on doit toujours tenter la périneorrhaphie secondaire,

d'autant plus que les femmes restent coucher pendant perperium ; cette opération nécessite simplement une simple prolongation de la période de lit post-puerpérale. »

Observation I

Amélie F..., 28 ans. Se présente à l'hôpital Saint-Louis le 15 février 1908. C'est une primipare qui est en travail depuis vingt-quatre heures. Grossesse à terme. L'enfant se présente en O J D P. Dilatation comme 5 francs, poche des eaux rompue depuis la veille, col épais. L'enfant rend du méconium. Bruits du cœur sourds et irrégulier.

Chloroformisation, applicatoin du forceps.

Le périnée, très œdématié, se déchire y compris le sphincter. Suture au crin et au catgut. Suites de couches pathologiques, température oscillant entre 38° et 38°5.

Le périnée est recouvert de fausses membranes ; on fait sauter les points. La plaie est grisâtre. Au bout de dix-huit jours, la plaie est rosée. La température est normale depuis huit jours. La malade est préparée, purgée, constipée, savonnée. Dédoublement de la cloison recto-vaginale, suture la peau au crin. Surjet sur le vagin. Pansement vaginal la peau au crin. Surget sur le vagin. Pansement vaginal à la gaze iodoformée. Constipation pendant six jours. On retire les fils au neuvième jour. La suture a pris et le périnée tient bien. La malade avait été anesthésiée à la rachistovaïne.

(Brindeau.)

Observation II

Mars 1908.

Femme Penière Charlotte, 28 ans.

Transportée à l'hôpital en ambulance le 10 mars pour accès d'éclampsie. Le deuxième accès à l'hôpital, 10 heures

du matin. Forceps, enfant vivant. Déchirure du périnée. Perineorrhaphie 3 points. Les urines contiennent 6 grammes d'albumine ; trois jours après il n'y en a plus que 50 centigrammes. La malade urine beaucoup, trois litres d'urine en vingt-quatre heures. Pansement matin et soir à la gaze iodoformée du périnée qui paraît ne pas reprendre. En effet, au bout de deux jours, les fils cèdent un peu, on les enlève complètement pour cautériser ; la plaie est grisâtre ; cautérisation à la teinture d'iode ; injection vaginale, les lochies sont purulentes, quoique la température reste normale. Après plusieurs pansements, la plaie devient rose, a bon aspect, mais il y a toujours un écoulement assez abondant ; on attend qu'il disparaisse pour une perineorrhaphie secondaire et une mèche iodoformée est mise tous les matins dans le vagin.

Huit jours après, le 3 avril, piqûre lombaire de slovaïne et perineorrhaphie. Petit lavage, pansement matin et soir. La malade est sondée deux fois par jour, constipée avec opium. Quatre jours après la perineorrhaphie secondaire, l'accouchée perd un peu de sang pur. Au septième jour, purgation, lavement d'huile. L'après-midi, perte de sang assez abondante pour nécessiter un tamponnement vaginal très serré. Les fils sont enlevés au bout de onze jours, le périnée a parfaitement repris.

Opération. — Grattage des bourgeons charnus à la curette, décollement de la cloison recto-vaginale. Suture des releveurs au catgut. Résection en V d'une portion du vagin. Suture du vagin au catgut. Avivement des bords de la plaie plaie cutanée de façon à former une surface d'affrontement suffisante. Crins sur la peau.

(Brindeau.)

Observation III

Avril 1908.

Léonard Antoinette, âgée de 27 ans.

La malade est envoyée en ville chez une sage-femme le 5 avril. L'accouchement spontané a lieu le 6, à 1 heure et demie du matin. Garçon vivant pesant 3,300 grammes. L'accouchée revient à l'hôpital le 18 avril. A l'examen on constate une déchirure assez étendue. La plaie est grisâtre. Matin et soir, il lui est fait une injection vaginale avec cautérisation à la teinture d'iode. Pansement à la gaze iodoformée pendant huit jours. Le 15 avril, la plaie est rosée. La malade est préparée pour une perineorrhaphie qui est faite le lendemain 26 sous chloroforme.

Opération. — Grattage des bourgeons charnus à la curette, décollement de la cloison recto-vaginale sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Suture des releveurs au catgut. Avivement aux ciseaux des bords de la plaie périnéale, suture avec crins de Florence, tamponnement à la gaze. Sondée matin et soir, constipée avec opium, pansement avec compresses stérilisées, en lavant le moins possible. Le périnée a bon aspect ; le septième jour, les fils coupant un peu la chair, on les enlève. La veille on avait donné un lavement d'huile. Le périnée a parfaitement repris.

(Brindeau.)

Observation IV

Déchirure du périnée. — Perineorrhaphie secondaire.

Femme Gouon, 32 ans. Accouche le 18 juin 1908.

Le périnée a été déchiré complètement au cours de l'accouchement, le sphincter est intéressé. Suture du sphincter

par points de catgut. Puis suture du périnée par des points séparés prenant toute son épaisseur.

26 juin.

La malade perd continuellement des matières.

Examen du périnée : la suture n'a pas tenu, non seulement le sphincter, mais la partie inférieure de la paroi rectale est déchirée ; il semble que la déchirure se soit étendue le lendemain de l'accouchement, car le deuxième jour la malade dit avoir expulsé des matières très dures. On retire les fils de catgut, la plaie périnéale est touchée à la teinture d'iode.

11 juillet.

Perineorrhaphie, chloroforme, incision en U de la vulve, facile dédoublement du noyau vagino-rectal, colporraphie postérieure au catgut après incision en V de la muqueuse.

Rectorrhaphie après avivement, suture au catgut.

Suture du périnée : 3 points profonds au catgut, 3 points superficiels au crin.

(Jeannin, Cathala.)

CONCLUSIONS

I. Quand, pour une raison quelconque, la perineorrhaphie n'a pu être tentée immédiatement après l'accouchement, ou quand, la suture ayant été effectuée, la plaie ne s'est pas réunie par première intention, il est indiqué de pratiquer la perineorrhaphie dite secondaire.

II. Celle-ci sera faite dans les jours qui suivent l'accouchement. Mais pour qu'elle soit tentée avec succès, il faut que tout symptôme d'infection ait disparu, et que la plaie ait pris un aspect rassurant.

La température un degré au-dessus de la normale, une plaie grisâtre, de mauvaise nature, non bourgeonnante, sont des contre-indications formelles.

III. *Opération.*

Grattage des bourgeons charnus à la curette, décollement de la cloison recto-vaginale sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Suture des releveurs au catgut, avivement aux ciseaux des bords de la plaie périnéale, suture avec quatre crins de Florence.

IV. Les résultats de cette intervention précoce sont excellents, aussi bons au point de vue anatomique que ceux de la perineorrhaphie tardive, sur laquelle la perineorrhaphie secondaire présente l'avantage suivant :

La parturiente n'est pas obligée de reprendre le lit au bout de quelques mois et de subir de nouveau une immobi-

lisation plus ou moins longue. La période des suites de couches, qui entraîne une immobilisation forcée, est à peine prolongée.

Vu : *Le Président de thèse*,

P. Bar.

Vu : *Le Doyen*,

Landouzy.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

Liard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abulasé. — Sur la perineorrhaphie secondaire. — Monatssch. f. geb. u Gynïk, 1903.

Ardion. — Thèse de Paris, 1888.

Bascou. — Déchirure du périnée dans l'accouchement. — Thèse de Paris, 1861.

Bonnaire. — Du périnée obstétrical. — Gaz. des Hôpitaux, 1891, n° 35.

Boraud. — Etude sur la perineorrhaphie. — Thèse de Paris, 1879.

Bourdereau. — Des déchirures du périnée. De la perineorrhpahie. — Thèse de Paris, 1854.

Budin. — Traité de l'art des accouchements, I et III.

— Des lésions traumatiques chez la femme pendant l'accouchement. — Thèse d'agrégation, 1878, p. 12 à 35.

— Leçons de clinique obstétr., 1889, p. 55.

Boissard. — Journ. obstétr., 15 mars 1896.

Chabaud. — Déchirures complètes du périnée. Leur traitement. — Thèse de Paris, 1886.

Corporandy. — Déchirures du périnée chez la femme et leur traitement. — Thèse, 1863.

Corville. — Réfection du plancher pelvien par suture des releveurs de l'anus. — Ann. médico-chirurg. du Centre, 27 mars 1904, p. 159-160.

Dayot. — Perineorrhaphie secondaire. — Thèse de Paris, 1886.

Dangau. — Mémoire sur la perin. — Journal de chirurgie, juin 1843.

Decès. — Sur la perineorrhaphie. — Thèse de Paris, 1892.
Demarguay. — Recherches sur perin. — Gaz. méd. de Paris, 1864.
Dieffenbach. — Opérations chirurgicales.
Doleris. — Annales de Tocologie, 1883 et 1885.
Emmet. — New-York méd. Journal, déc. 1865. Medical Record March. 15, 1873. La pratique des maladies des femmes, traduit par Olivier.
Flœrsheim. — Quand et comment faut-il pratiquer la perineorrhaphie après l'accouch. — Gazette de Gynéc., 1898.
Guillemeau. — Œuvres de chirurgie.
Hartmann. — Rapport. — Bull. Soc. chir., 1901, 5 août.
Hegar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire, traduit par Paul Bar.
Joffrion. — Déch. du périnée. — Th. de Paris, 1886.
Kolmogoroff. — Wratch, 1898, p. 114, n° 9.
Ladevie. — Ruptures complètes du périnée. Perineorrhaphie. Th. de Paris, 1893.
Langenbeck. — Ruptures complètes du périnée. — Gaz. des Hôpitaux, 22 janvier 1853.
Miffre. — Perineorrhaphie. — Thèse de Paris, 1873.
Nelaton. — Eléments de pathologie chirurg., t. VI.
Plauchu. — Les déchirures complètes du périnée. Perm. imm. et secondaire précoce. — L'Obstétrique, 1904, décembre.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Traité d'obstétrique.
Tait. — Réparation du périnée de la femme. — Sem. méd., 1891.
Teillier. — Société nationale de Médecine de Lyon, mars 1895.
Tillaux. — Traité d'anatomie topographique.
Trelat. — Bull. Soc. Chirurgie, 5 avril 1876.